Aus der Psychosomatischen Abteilung der
Universitätsfrauenklinik Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. H. Molinski

Neurasthenie - Über die Frage der Einordnung eines diagnostischen Begriffes

DISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der
Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Guido Peltzer

1977

1979

Aus der Psychosomatischen Abteilung der
Universitätsfrauenklinik Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. H. Molinski

N e u r a s t h e n i e -

Über die Frage der Einordnung eines diagnostischen Begriffs.

D I S S E R T A T I O N

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der
Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Guido Peltzer

- 1977 -

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität
Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.: Prof. Dr. Hopf

Referent
gez.: Prof. Dr. Molinski

Korreferent
gez.: Prof. Dr. Flegel

1. Einleitung

"the mind and the body exercise on one another a reciprocal power, the extent of which we do not know." (Lientaud 1703-1780) (40)

1.1 Vorbemerkungen

Neurasthenie (N.) kann man übersetzen als "Nervenschwäche", deren allgemein anerkanntes Leitsymptom die sogenannte "reizbare Schwäche" ist. Der Begriff hat eine fast 100-jährige Geschichte, in der er sehr unterschiedlich aufgefaßt wurde. Beard erfand 1869 diesen Begriff, zwischen den Weltkriegen geriet er ziemlich in Vergessenheit und wurde dann in Diagnoseschemata wieder aufgenommen. Als Syndrom ist N. faßbar, über die Ätiologie und Pathogenese besteht aber nach wie vor große Unklarheit, die sich in den vielfältigen Auffassungen widerspiegelt. Die Schwierigkeit besteht vor allen Dingen in der Durchmischung von physiologischen und psychologischen Phänomenen. Deshalb findet man diese Erkrankung sowohl in der Allgemeinpraxis als auch in der psyhiatrischen Praxis. Dieses Krankheitsbild ist auch Gegenstand der Psychosomatik, die gerade versucht Psyche und Soma in einen Blick zu bekommen, nicht rigoros voneinander zu trennen und die Beziehungen aufzuzeigen. Als Einstieg zunächst zwei Fälle.

1.2 zwei Fallbeispiele

("Fühlen Sie sich depressiv verstimmt?")
Nein, im echten Sinne nicht. Vielleicht so'n bißchen.

Nein, eine echte Depression ist es eigentlich nicht. Mehr ein Gefühl der Erschöpfung; eine mürrisch gereizte Verstimmung. Alles ist mir zu viel (er meint alles was von außen kommt. Nur Beschäftigung mit ihm selber.)

Es ist mehr Apathie, Lahmheit, Antriebslosigkeit, die ich weg haben möchte und körperliche Mißempfindungen, ein hohles Gefühl im Magen, hypochondrische Bedürfnisse. Ich kann nicht anders, als daß ich mich immer wieder auf mich selbst konzentriere. Ich möchte weg davon. Alles hängt auch ein bißchen mit Kränkung zusammen. Ich hatte z. B. gestern das Bedürfnis, mit meiner Frau zusammenzusein und sie hatte das Bedürfnis nicht. Das war für mich gleich wieder eine Kränkung. Und neulich hatten wir alle Kegeln. Einige gingen schon 21 h nach Hause. Das hat mich wieder gekränkt. Aber ich hatte den anderen aus Angst vor einer Mißstimmung auch nicht vorher gesagt, daß wir uns länger treffen wollten. ("Hat es da nicht etwas damit gehapert, daß Sie sich nicht trauen, daß Sie da etwas gehemmt sind ?") Ich habe immer die Enttäuschung nach Erwartungen, die ich viel zu hoch schraube... Ja, oft bin ich ja auch depressiv. Aber das ist nicht das Primäre, was im Vordergrund steht. Das hockt sich so auf, auf das andere. Schon mal Gefühlsleere. Aber traurig? Nein. Bedrückt bin ich schon mal gewesen, aber es ist nicht das Hauptmerkmal der Sache. Die Hauptsache ist, daß ich so selbstsüchtig bin, daß ich immer mich so in den Vordergrund stellen muß egal was passiert.

Zum anderen ein 45-jähriger Mann, der mit seinen alten Eltern auf einem kleinen Bauernhof lebt. Früher hat er dort gearbeitet, bis die Eltern vor 5 Jahren aus Altersgründen den Hof aufgegeben und verpachtet haben. Seitdem arbeitet er als Arbeiter in einer Fabrik.

Seit etwa 5 Jahren klagt der Patient über dauernde Müdigkeit, fühlt sich matt und arbeitsunfähig. Im Interview beschreibt er zunächst seine Traurigkeit, depressive Züge, suicidale Gedanken: "ich will nicht mehr leben; ich wollte Gift nehmen." Angst, zum Schluß auch zwanghafte Züge: "die Gedanken arbeiten ständig im Kopf herum." Mal würde er an Geld denken, mal an andere Sachen. Die Frage nach dem Inhalt der Gedanken ist für ihn nicht leicht zu beantworten; zumindest nicht auf Anhieb. Er erwähnt diese Gedanken, die ständig arbeiten würden, um seine ständige Müdigkeit zu erklären. Überhaupt spricht er zwischendurch immer wieder von seinen Erschöpfungen, deswegen er kaum arbeiten könne.

Die wesentlichen Symptome sind: Ermüdung, Mangel an Konzentrationsfähigkeit, Präokkupation der Gedanken ohne Ritual, ohne zwanghaftes Gedankensystem, Depression, suicidal, Angst, Mangel an Elan de vie.

Prof. Molinski diagnostiziert hier eine Mischneurose mit vorwiegend depressivem Charakter. In Dijon nennen es die Ärzte aber Psychasthenie. Deren Hauptsymptome seien: ständige Ermüdung, Mangel an Elan de vie, Mangel an Konzentrationsfähigkeit,

die Gedanken sind präokkupiert, aber es besteht kein zwanghaftes Ritual der Gedanken. Die Diagnose N. werde nicht gestellt, denn Freud habe ja im wesentlichen darunter eine körperliche Störung verstanden. (a)

1.3 Fragestellung

Damit erheben sich folgende Fragen:
Was steht im Vordergrund, "das Seelische" oder "das Körperliche"? Wie ist es in Beziehung zu setzen? Ist N. ein Syndrom oder eine selbständige Krankheit? Ist diese Diagnose sinnvoll oder ist der Zustand dieser Menschen besser anders zu erklären? Wie verhält es sich mit der wechselvollen Geschichte der N. und wie ist der heutige Stand?

Ausgangspunkt war die Frage, wieso die Diagnose N. in der ICD-8 (21,62) wieder auftaucht, obwohl der Begriff weitgehend verlassen worden war. Dabei können einige dieser Fragen beantwortet werden. Zunächst aber einige Beispiele, was verschiedene Autoren unter N. verstanden haben.

Anmerkung a

(Beide Krankengeschichten mit freundlicher Genehmigung von Prof. H. Molinski)

2. Geschichtliches

2.1 verschiedene theoretische Auffassungen

2.1.1 der geschichtliche Beginn

George Miller Beard benutzte diesen Begriff zum ersten Mal 1869 in einem Artikel "Neurathenia or Nervous Exhaustion". (3) Später beschrieb er diese "Zivilisationskrankheit", wie er meinte, genauer in verschiedenen Büchern. (4, 5, 6) Klinisch faßte er darunter zusammen, was wir heute als Angstneurose, Zwangsneurose, Phobie, Depression kennen, einige psychophysiologische Veränderungen und auch Persönlichkeitsveränderungen. Man kann sagen, daß am Ende des 19. Jahrhunderts alle nichtpsychotischen Erkrankungen zusammengefaßt wurden unter N., Hysterie und Hypochondrie; bzw. daß fast alle Neurosen unter dem Begriff N. subsummiert wurden. Ja sogar psychotische Erkrankungen nannte man N., wenn ein Anhalt für eine Nervenschwäche vorlag. Für Beard war N. eine physiologische Erschöpfung der Nerven, die von Überarbeitung - vor allem geistiger Art -, falscher Ernährung, der Hetze des Alltags usw. hervorgerufen wurde. Obwohl wie gesagt seine Definition der N. dem heutigen Neurosenbegriff entspricht, verstand er dieses "Amerikanische Leiden" rein physiologisch. (17)

Die Vorstellung der Erschöpfung der Nerven war allerdings nicht neu. Ein Dr. J. Brown vertrat schon im 18. Jahrhundert die Auffassung, daß der Tonus des Nervensystems variiert. (13)

Freud unterscheidet nun später N. von der Angstneurose, die er beide als Aktualneurosen auffaßt im Gegensatz zu den eigentlichen Psychoneurosen. Auch er weist auf die enge Beziehung zwischen Hypochondrie und N. hin. Die N. hat keinen psychologischen Mechanismus, sondern entsteht durch physiologische Erschöpfung des Nervensystems in Folge von Masturbation. N. ist also die Folgeerkrankung einer inadäquaten (psycho)-physiologischen Entladung des Sexualtriebs. Diese Ätiologie ist immer durch einfache Anamnese nachweisbar und nicht erst durch die psychoanalytische Methode, wie das bei den Psychoneurosen der Fall ist. "Sexuelle Ätiologie also in allen Fällen von Neurosen; aber bei den Neurasthenien solche von aktueller Art, bei den Psychoneurosen Momente infantiler Natur;" (26)

Betrachtet man nun einen gesamten Krankheitsfall, so ergeben sich neben der Darstellung eines "reinen" Krankheitsbildes u.a. folgende Möglichkeiten. Die N. kann über eine Hypochondrie zur Angstneurose führen; z.B. über den Weg: Masturbation→N., coitus interruptus→Angstneurose. Dabei wird in den meisten Fällen eine Mischneurose aus N. und Angstneurose vorliegen, was sich dann durch pathologische Erregbarkeit und Erschöpfbarkeit ausdrückt, z.B. Wechsel von Durchfall und Verstopfung. Dies kann einer "vasomotorischen N." entsprechen, wie Freud auch von einer "Spinalneurasthenie" spricht.

Trotz der außerordentlichen Häufigkeit von Mischneurosen ist es aber gerechtfertigt von verschiedenen Krankheiten zu sprechen, da immer eine unterscheidbare Ätiologie und Therapie aufgezeigt werden kann. So ist dann die sexuelle Ätiologie der N. durch einfache Befragung nachweisbar, die kathartische Methode der Therapie aber unwirksam. Andererseits kann durch die Therapie der N. die außerdem vorliegende Angstneurose "mitgerissen" werden, wodurch diese natürlich günstig beeinflußt werden kann. Grundsätzlich kann aber in jedem Fall eine sexuelle Ätiologie nachgewiesen werden. Streß oder allgemeine "Lebensschwierigkeiten" können eine Neurose nicht alleine verursachen, sondern können allenfalls den akuten Beginn anzeigen. Neurasthenische Symptome finden sich zwar bei Paralyse bzw. bei den meisten Neurosen - z.B. Hysterie; doch versteht Freud das nicht als N., für deren Diagnose der ätiologische Nachweis der Masturbation notwendig ist, sondern als neurasthenisches Syndrom. (26)

Janet definierte die Psychasthenie ähnlich der N., betonte aber die psychische Genese und Bedingtheit und trennte außerdem Phobie und Zwangsneurose zusätzlich ab. (37)

2.1.2 physiologische Auffassung

N. Brun führt die N. auf eine Insuffizienz der Notfallfunktion des Sympatikus zurück. Das bewirkt eine Herabsetzung der Reizschwelle für

alle zerebro-spinalen und vegetativen Erregungen, verbunden mit abnorm rascher Erschöpfbarkeit. Dies wiederum bedeutet eine quantitative Abnahme vor allem seelischer Funktionen, die einer neurotischen Erkrankung gleichkommen.

Die Insuffizienz kann durch verschiedene Ursachen entstehen, meist jedoch durch eine Schädigung der Blut-Liquorschranke durch Toxine oder zu hohe Hormonkonzentrationen im Blut. Er zählt als mögliche Ursachen auf: selten Erschöpfungsneurose; N. nach Infektionen (s.o.); sexuelle Ätiologie durch Hormonüberschuß (s.o.), lehnt jedoch Freuds Onanietheorie ab; psychisch (s.u.); bei Unfall direkte Schädigung der Blut-Liquorschranke; Konstitution bewirkt nur graduelle Unterschiede.

Interessant ist seine Meinung zur psychischen Ätiologie. Belastende Lebensereignisse bzw. seelische Überarbeitung, d.h. wenn jemand den Anforderungen, die er meist selbst an sich stellt, nicht gewachsen ist, erhöhen enorm die Adrenalinkonzentration im Blut. Das schädigt die Blut-Liquorschranke, es entsteht eine Toxinintoleranz z.B. für Alkohol, so daß schon geringe Mengen Alkohol direkt das ZNS schädigen können.

Desweiteren unterscheidet er Aktual- und Psychoneurose, indem bei ersterer der psychische Reiz eine autonome physiologische Reaktion bewirkt, die das Symptom hervorruft. Bei einer Psychoneurose dagegen beeinflußt der psychische Reiz direkt das Symptom mit. Eben deshalb ist eine Psychotherapie bei N. nur bei einer Überlagerung

durch eine Psychoneurose angebracht. (14,15)

F. Hiddemanns et al. stellten EEG-Besonderheiten fest. Bei Angstneurotikern fanden sie ein "fast-EEG" mit niedrigen Amplituden und hoher Frequenz; bei N. ein "slow-EEG" mit hohen Amplituden und niedriger Frequenz. "Anxiety" bewirkt eine psychische Dekompensation mit somatischen Symptomen; "fear" umgekehrt somatische Dekompensation mit psychischen Symptomen. Weiter stellten sie spontane Schlafrhythmen fest, die sie mit diesen Dekompensationen begründeten und als Hinweis auf eine neurotische Erkrankung nahmen. (32)

Schiødt führt unter anderem aus, daß N. auch durch eine Bromtherapie hervorgerufen werden kann. (51)

2.1.3 psycho-physiologische Auffassung

Kolb versteht unter N. eine psychophysiologische Reaktion und weist auf die Differentialdiagnose zur psychoneurotischen Reaktion hin. Wichtig erscheint hier, daß es sich aber nicht um eine physiologische Ätiologie handelt, wie z.B. ein Mangel an Überträgersubstanz in den Nervenzellen, sondern es entwickelt sich diese Reaktion aus psychologischen Gründen, wie Enttäuschung, Unbefriedigung, Mangel an Erfolgserlebnissen. Dies ruft dann physiologische Effekte hervor.

Er beschreibt auch verschiedene Überempfindlichkeiten, wie z.B. Lärmempfindlichkeit, wo die Patienten allgemein unwirsch und unzufrieden

erscheinen. Sie sind erschöpft, da sie keinen Erfolg ihres Tuns sehen, und haben zu wenig Selbstvertrauen. In ihrer allgemeinen Erschlaffung, mit der sie reagieren, zeigen sie verschiedene physiologische Erkrankungen des Magen-Darmtraktes und/oder cardio-vaskulärer Art.

Ganz interessant erscheinen hier die Differentialdiagnosen. Die N. muß unterschieden werden von der Angstneurose und der Konversionsreaktion; und zwar dann, wenn die Angst oder der sekundäre Krankheitsgewinn einen bestimmenden Faktor der Erkrankung darstellen. Wahrscheinlich sind auch hier die Übergänge fließend. Außerdem sind die manisch-depressive Psychose und die Schizophrenie abzutrennen, die in ihren leichten und Anfangs- bzw. Frühformen eine ähnliche Symptomatik aufweisen. Manisch-Depressive sind durch die Umwelt kaum zu beeinflussen und besitzen einen Eigenrhythmus, während bei der N. oft überraschende Reaktionen auf die Umwelt beobachtet werden können. Im Unterschied zur Schizophrenie gibt es bei der N. kein Tagträumen und die Patienten klagen über sehr viel mehr verschiedene Beschwerden. (39)

Biran unterscheidet Konversionsneurose und psychosomatische Erkrankungen ähnlich wie Brun. Einmal erzeugt die Seele eine vorgestellte Krankheit direkt in einem Sinnzusammenhang.

Andererseits bewirkt die seelische Alteration pathologische Veränderungen, woraus die Krankheit als mechanische Folge ohne Sinnzusammenhang entsteht. Die N. ordnet er an der Grenze zwischen psychosomatischen Fällen und seelischen Krankheiten mit körperlichen Symptomen ein. Da die Angst bei N. nur gering ist, entsteht keine Neurose sondern eben eher eine psychosomatische Erkrankung. Die hauptsächlichen Differentialdiagnosen sind also: Konversion bzw. Hypochondrie auf der einen Seite und vegetative Dystonie auf der anderen.

W. Thiele faßt unter psychovegetativem Syndrom zusammen: N., vegetative Neurose und vegetative Dystonie. Dabei ist die vegetative Dystonie eine somatische Erkrankung mit psychischen Symptomen, während die beiden anderen psychische Erkrankungen mit somatischen Symptomen sind. Vegetative Störungen sind meist Symptom anderer Grundkrankheiten und Psychoneurosen gehen immer mit vegetativen Störungen einher. Die Grundkrankheit kann ganz verschieden sein: organisch, psychisch oder sozial. Das psychovegetative Syndrom ist demnach keine nosologische Einheit. Als Therapie bewährten sich Tranquilizer, Neuroplegika und Schlafkuren. (60)

O. Fenichel schreibt zur N.: Deffensive Mechanismen, die nicht bewältigt werden, provozieren eine Schwächung der Persönlichkeit, die sich in leichter Ermüdbarkeit, Erschlaffung, wenig Selbstbewußtsein und einer Behinderung der Ichfunktionen, also mit neurasthenischen Symptomen, äußert. Er nennt es auch an anderer Stelle ein neurotisches Unterlegenheitsgefühl. N. versteht

er als Symptom verschiedener Neurosen bzw. als leichte, chronifizierte, gebesserte Form von Neurosen. Weiter ist N. durch die Gleichzeitigkeit von Erschöpfung und Spannung ausgezeichnet. In seiner Schwäche weiß der Patient, daß er etwas machen muß. Aber alle Energie ist durch einen inneren unbewußten Verteidigungskampf absorbiert. Dadurch kann er nach außen nur stereotype und archaische Reaktionen zeigen. Alles Neue wird verweigert, da es Energie braucht. Wegen des geschwächten Ich bzw. Selbst sind die Patienten hypersensitiv und irritabel und reagieren auf jeden normalen Reiz mit einer überschießenden Antwort.

Die Ermüdung ist auf eine physiologische Muskelschwäche zurückzuführen. Dies muß man sich so vorstellen, daß durch den andauernden Muskelspasmus die Energiereserven verbraucht werden. Allerdings weist Fenichel darauf hin, daß die N. nicht genau definiert ist und daß es notwendig ist durch weitere physiologische Forschung die chemische Übersetzung von Erregung, Befriedigung, Frustration und Aufstauung kennenzulernen. Dies bezieht sich natürlich besonders auch auf die Organneurosen.

Der Grund für die N. ist immer in einem praegenitalen Prozeß zu suchen. Also ist im Gegensatz zu Freud Masturbation allein nicht ausreichende Ätiologie, sondern ein insuffizienter Orgasmus. Die Masturbation befriedigt z. B. nicht mehr, wenn Verbote dabei Angst

machen oder wegen der praegenitalen Beziehung. Dann wird Masturbation immer häufiger, bis sie schließlich Antwort auf jeden Stimulus ist. Das führt dann zur N.. Die Aufstauung bewirkt einerseits Spasmen und andererseits plötzliche Notentladungen: muskuläre und vasomotorische Spasmen, constiption, Kopfschmerzen einerseits; Diarrhoe, Schwitzen, Zittern, Ruhelosigkeit andererseits.

Es bleibt noch darauf hinzuweisen, daß die N. eher durch die spastischen Komponenten ausgezeichnet ist und daß man bei Organneurosen eher beides findet. (23)

Das Lehrbuch von Müller-Hegemann handelt die N. unter "Sonstige reaktiv-funktionelle Störungen" ab und unterscheidet sie von Neurosen: "Soweit der nervöse Erschöpfungszustand adäquat zur Überbeanspruchung des Nervensystems auftritt und eine eigene Dynamik ausbleibt, sehen wir keine Berechtigung von einer Neurose zu sprechen." Allerdings pfropft sich oft eine Neurose auf. Dennoch muß eine Belastung nicht mit Störungen des Lebensrhythmus bzw. mit Konfliktsituationen einhergehen.

"Sie (die N.) hat nach wie vor eine große Bedeutung als zeitweilige oder fortdauernde Erscheinung im Zusammenhang mit Erschöpfungszuständen, im Anschluß an oder im Beginn von Krankheiten und als Neuroseform." Man unterscheidet offensichtlich verschiedene Neurasthenieformen: N. als bloße Erschöpfungsreaktion, als

Neurose bei Konfliktbesetzung, mit anderer Neurose oder Krankheit zusammen bzw. als deren Symptom. Bei einer Hirnverletzung spricht man von Pseudoneurasthenie, deren Symptome aber nicht von der N. zu unterscheiden sind. (47)

2.1.4 neurotische Auffassungen

Die "Modern Synopsis of Psychiatry" von Freedman et al. enthält einen sehr ausführlichen Artikel über N., in dem das ganze Umfeld erwähnt wird. N. ist hier eine selbständige Neurose, von der als Differentialdiagnosen mit ähnlichen Symptomen unterschieden werden müssen: Manie, Depression, Hysterie, Angst und Organneurose, Asthenische Persönlichkeit, infektiöse, metabolische, endocrine Krankheiten. Der Ausbruch der N. fällt meistens mit allgemeinen Lebensschwierigkeiten zusammen. Der Verlauf ist chronisch und es kommt zur Spontanheilung. Eine spezifische Therapie gibt es nicht. Man soll es mit Psychopharmaka und Psychotherapie versuchen.

Die Asthenische Persönlichkeit ist eine Charaktereigenschaft, die kaum zu beeinflußen ist und die ein Leben lang besteht. Eine nicht belastende Umwelt kann sich therapeutisch günstig auswirken. Weitere Unterschiede zur N. werden nicht erwähnt.

Dieses Buch lehnt sich an DSM II an. und ist wohl als Ausfüllung der dort enthaltenen kurzen Beschreibungen zu verstehen. (25)

Sullivan versteht N. nicht als Krankheitseinheit, erklärt aber das neurasthenische Syndrom gemäß dem Lehrbuch von Freedman u.a. folgendermaßen:

Danach ist die Ermüdung eine Verteidigungsmaßnahme von Personen mit wenig Selbstbewußtsein, die sich in die Inaktivität flüchten, um nicht auf Konflikte reagieren zu müssen, die sie glauben nicht bewältigen zu können. Damit haben sie ihre Hauptangst gebannt. Der wirkliche zugrunde liegende Konflikt ist ihnen aber nicht bewußt. "Versteckter Zorn auf Familienmitglieder produziert Ermüdung. Neurasthenische sorgen uneingeschränkt für kranke und heimlich gehaßte Familienmitglieder und sind voller Wut, wenn diese gesund werden. Wie Hypochonder beachten sie ihren eigenen (physischen) Körper, statt sich mit ihren unbewußten (psychischen) Konflikten auseinanderzusetzen. Sie versuchen nicht Enttäuschung, Frustration, Konflikte, Fehler zu verarbeiten und auszubessern, sondern flüchten sich in die Ermüdung und Passivität." (25,59)

Carp versucht Kranke im psychologisch verstehenden Weltbild im Sinne Jaspers zu begreifen. Danach strebt der neurasthenische Mensch danach sich selbst zu haben statt zu sein. Dies ist eine unerfüllbare Überheblichkeit. Sein Schuldigsein

anzuerkennen ist ihm aber unerträglich und deshalb leidet er unter dauernden Insuffizienzgefühlen. (16)

2.1.5 Neurasthenie als Erschöpfungsreaktion

Bräutigam versteht die N. als Erschöpfungsreaktion bei Überforderung und gleichzeitiger Konfliktbesetzung. Dabei kann es zu neurasthenischen Einzelereignissen kommen, die sich dann leicht wiederholen können, doch es ist keine Asthenische Persönlichkeit im genetischen Sinne. (11)

Solche Konfliktmodelle bietet Strotzka an: Jemand wird von dem gleichen Ziel angezogen und abgestoßen oder zwei Ziele sind gleich erwünscht oder unerwünscht. Dazu kommt das Unvermögen zwischen diesen widerstrebenden Tendenzen zu entscheiden. Dadurch entsteht eine Diskrepanz zwischen Wollen und Können bzw. Wunsch und Realität. Daraus gibt es für den Betroffenen allein keinen Ausweg und keine Erholung. Aus der darauf folgenden Erschöpfung entsteht nach Strotzka im Gegensatz zu Bräutigam direkt eine Neurose. Die N. ist dabei nur ein Konstitutionsmerkmal, das die Schwelle für eine Erschöpfung erniedrigt. Nicht die Erschöpfung bewirkt die N., sondern wegen der N. kann die Erschöpfung leichter in eine Neurose übergehen. Nach Bräutigam liegt bei N. aber schon vorher ein neurotischer Konflikt vor. (58)

Bilz erörtert allgemein Übermüdungsreaktionen bei Mensch und Tier. Dabei findet er verschiedene vegetative bzw. autonome panische Reaktionen, die er unter anderem auch auf N. bezieht. (7)

Bei Huber ist das Kapitel "Neurotisches Psycho-vegetatives Erschöpfungssyndrom" der N. gewidmet. Synonyme sind neurotische N. und vegetative Neurose. Weitere diagnostische Begriffe, die hier erwähnt werden, sind: N., psychasthenisches Versagen, vegetative Dystonie, neurozirkulatorische Dystonie, Neuropathie.

Schreibt man Syndrome mit abnehmendem psychischen Anteil und zunehmendem somatischen Anteil auf, so ergibt sich folgende Reihe:
Psychasthenie, hypochondrische Psychopathie, neurotische N., konstitutionelle N. (Asthenische Persönlichkeit), vegetative Dystonie (Physasthenie). Alle diese Syndrome können bei psychophysischer Überbeanspruchung bei - mehr oder weniger starker - neurotischer Fehlentwicklung oder Asthenischer Persönlichkeit auftreten.

In diesem Zusammenhang spricht er auch vom "Managersyndrom". Ein Pseudoneurasthenisches Syndrom gibt es bei Hirnschäden verschiedener Genese, entsprechend einer Gehirnleistungs-schwäche. Außerdem nimmt er auch ein endogen-psychotisches Residualsyndrom an. (34)

Das Lehrbuch von Schulte und Tölle orientiert sich weitgehend wie auch Huber an der Auffassung Bräutigams zur N.. Zu erwähnen ist, daß eine zielgerichtete und als sinnvoll empfundene Anspannung geradezu autoprotektiv wirken kann. Man erschöpft sich am leichtesten, wenn man durch einen unbewältigten Konflikt nicht sinnvoll motiviert ist. (52)

Bleuler, E. beschreibt N. als eine durch Überanstrengung bedingte nervöse Erschöpfung. Allerdings finden sich neben der Leistungsunfähigkeit immer auch affektive Schwierigkeiten. Wichtigste Diffentialdiagnosen sind Hysterie und Paralyse, vor allem weil N. als Vorbote der Paralyse auftritt. Davon wird die Pseudoneurasthenie unterschieden, die eine nervöse Erschöpfung mit neurotischer Genese darstellt. Beide, N. und Pseudoneurasthenie, sind schlecht voneinander abgrenzbar. Z.B. tritt die (somatische) N. eher bei Kriegsheimkehrern auf und die (neurotische) Pseudoneurasthenie eher im Frieden. Allgemein sind diese Diagnosen als Aufruf zur Differentialdiagnose zu betrachten. Die Therapie besteht im Suchen und Erstellen einer erfüllenden Tätigkeit und gegebenenfalls in Psychotherapie. (9)

2.1.6 Neurasthenie als Streßreaktion

Im französichen Lehrbuch "Manuel de Psychiatrie" von Ey u.a. findet sich unter "Asthenic nevrotique", die von der "Asthenic organique" unterschieden wird,

N. als sehr schwere neurotische Ermüdung infolge von Streß mit psychophysiologischer Erschöpfungsantwort im Sinne von Selye. Ihr Hauptzeichen ist eine neurotische Ermüdung - "fatigue nevrotique".

Weiter wird N. als banales Symptom bei fortschreitender Paralyse, Tuberkulose und Trauma angeführt. Unter Tuberkulose findet man Synonyme wie: Asthenic simple, Psychasthenie, N., N. bacillaire. Bei N. durch Trauma, welches nicht weiter definiert wird, findet sich eine genaue Beschreibung der Symptome: extreme Ermüdbarkeit, Arbeitsunfähigkeit, Traurigkeit, Depression, Angst, allgemeine nicht beeinflußbare Beschwerden verschiedener Organe oder Organgruppen, Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Paraesthesien, sensorische und vegetative Beschwerden. Wichtig ist dabei die Chronizität, die über Monate und Jahre hingeht. Außerdem wird N. kurz bei den chronischen Depressionen erwähnt. Zusammen Psychasthenie wird dort auf Neurosen, Praepsychotische und Schizoide Zustände hingewiesen.

Obwohl Psychasthenie oft als Synonym gebraucht wird, findet man diese an anderer Stelle als Symptom der Zwangsneurosen und Phobien. Hier charakterisiert als Zweifel, Perplex, Fremdheit; allgemein wird auf die Unfähigkeit hingewiesen, höhere psychische Vorgänge zu vollziehen. Alles bleibt auf niedrigem psycholgischem Niveau. (22)

2.1.7 soziale Auffassung

Einige soziale Aspekte auch im Sinne Beards bringt Hoppe. Die sogenannte Managerkrankheit, die als medizinischer Begriff nicht haltbar ist, wird als verkappte N. bzw. als Neurose aufgefaßt. Die N. versteht sie gesellschaftsbedingt wie Beard, jedoch teilt sie nicht seinen Kulturpessimismus.

Durch Abschaffung des Konkurrenzkampfes und Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen ist die N. trotz großer Anforderungen zu verhindern. Die derzeitige große Anzahl von Neurasthenikern in der DDR führt sie auf den stattfindenden Umbruch zurück, bei dem noch viele eine falsche Lebenseinstellung haben.

Nicht das Fehlverhalten in der Überforderung produziert die N., sondern dieses Fehlverhalten ist schon neurotisch. Dies äußert sich in einer Unfähigkeit zum Abschalten und Ausspannen. Neurastheniker sind unfähig das Wichtige auszuwählen, sondern sie wollen alles tun und bekommen natürlich das Gefühl, es nicht zu schaffen. Das ruft die Verzweiflung und die Insuffizienzgefühle hervor. Unterstützt wird dieser Prozeß durch Genußgifte, fette Überernährung, Schlafdefizit und Mangel an körperlicher Bewegung. Bei der Therapie ist es wichtig das Fehlverhalten zu verändern. Dies gelingt durch eine Verbaltherapie unterstützt durch autogenes Training. (33)

2.1.8 konstitutionelle Auffassung

Im Gegenstandskatalog zum zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (GK 3), der Grundlage eines Teils des medizinischen Staatsexamesn der BRD nach neuer Approbationsordnung ist, findet man N. nur als Prodromalstadium einer Psychose und als Durchgangsstadium bei Schädelhirntraumen.

Dagegen wird die psychovegetative Erschöpfungsreaktion im Sinne Bräutigams ausführlich abgehandelt, ohne die Beziehung zur N. zu erwähnen. Auch die Asthenische Persönlichkeit wird beschrieben. (Nervenheilkundliches Stoffgebiet: 46.4 bis 46.6; 47.8 bis 47.10; 52.2) (28)

Tonge versteht N. unter dem konstitutionellen Konzept der inadaequaten Persönlichkeit, die der Asthenischen Persönlichkeit entspricht. (61)

Gans zeigt auf, daß die Migräne eine besondere Form der N. ist. (27)

2.2 eine klinische Untersuchung

Klimkovà-Deutschovà und Macek geben einen sehr umfassenden Bericht über klinische Untersuchungen zur N. und Pseudoneurasthenie. 500 als N. diagnostizierte Fälle, die aus über 1000 Fällen als besonders gesichert ausgewählt wurden, sind hier untersucht worden. Die Arbeit ist aus dem Jahre 1956 und ist in Prag und Umgebung durchgeführt worden. Die Patienten stammen aus

Allgemeinkrankenhäusern bzw. Neurologischen Stationen, aber nicht aus der Psychiatrie.

Der theoretische Teil der Arbeit orientiert sich an der Pawlowschen Neurosentheorie. Speziell zur N. wurde folgende dreiteilige Unterscheidung vorgenommen:

a) klinisch:impulsiv, ohne Selbstbeherrschung
infolge: Abschwächung der aktiven inneren Hemmung, vor allem der Emotionen

b) klinisch:"reizbare Schwäche" (N.)
infolge: leichtere Erregbarkeit und dadurch auch schnellere Erschöpfung

c) klinisch:Erschöpfungszustand mit sensorischer Hyperpathie und vegetativer Symptomatik im Übergang zur Depression
infolge: Überbelastungshemmung und dadurch gesenkter Reaktivität.

Dies wird als eine pathophysiologisch orientierte Auffassung dargestellt, die eine pathogenetisch orientierte Therapie ermöglicht.

Empirisch ergibt sich folgendes:

Zur Ätiologie: Bei Männern spielt die größte Rolle der Arbeitsplatz, die Einstellung zur Arbeit, dann die politische Einstellung und Erschöpfung; bei Frauen vor allem sexuelle Probleme und Eheprobleme, politische Konflikte und mehr als bei Männern die Erschöpfung.
Konstitutionelle und erzieherische Faktoren aus der Kindheit werden als gering eingeschätzt.
Es erkranken hauptsächlich mittlere Schichten,

Kleinbürger, Verwaltungsangestellte im dritten bis fünften Lebensjahrzehnt.
Das Verhältnis von erkrankten Frauen zu Männern ist 3 : 2.

Zur Symptomatik: 80 % klagen über erhöhte Emotionalität, Konzentrationsstörungen, innere Spannung und Unruhe; 50 % über Beengung und unbestimmte Angst. 60 % klagen über Ermüdung, Erschöpfung, leichte Ermüdbarkeit, Schläfrigkeit aus tagsüber. 50 % klagen über beide vorgenannten Gruppen.
Ca. 50 % haben Schlafstörungen, trotzdem wurden bei über 50 % keine vegetativen Störungen festgestellt. 35 % hatten eine Tachycardie,
60 % gesteigerte Sehnen-Periost-Reflexe mit Zittern der Lider, Finger, Hände oder Zunge; also Veränderungen des motorischen Apparates.
Sexualstörungen lagen bei 30 % vor.
Die Unterscheidung zwischen pathogenetischem Faktor und Symptom war hier allerdings besonders schwer. Als Symptom (30 %) wurde es gewertet, wenn ein zeitlicher Zusammenhang mit der Entwicklung der N. bestand.

Von der N. unterschieden wird die Pseudoneurasthenie, die ähnliche Symptome bietet, allerdings bei nachgewiesener somatischer Verursachung: z.B. Infektionen, Multiple Sklerose, Hirntumor, exogenes physikalisches bzw. chemisches Trauma, Endotoxisch, Stoffwechselentgleisungen, Arteriosklerose, Commotio. Das Pseudoneurasthenische Krankheitsbild ist weniger ausgeprägt. Diese

Patienten neigen dazu zu disseminieren und zu bagatellisieren, während Neurastheniker stärker akzentuieren und ihre Beschwerden zergliedern.

Die Therapie der Pseudoneurasthenie besteht vor allem in der Beseitigung der Noxe, wobei der Patient meist aus dem Arbeitsprozeß herausgenommen werden muß. Bei der N. steht die Psychotherapie im Vordergrund und die Patienten können im allgemeinen im Arbeitsprozeß bleiben. Weitere therapeutische Maßnahmen sind: Bromtherapie, Sedativa, Luminal, Schlaftherapie, Milieutherapie, außerdem UV-Bestrahlung, Kohlensäurebäder, Schwimmen, Sport. Es muß aber immer der innere Konflikt im Auge behalten werden, weshalb diese Maßnahmen ohne Psychotherapie sinnlos sind.

Die N. stellt im Gegensatz zur Pseudoneurasthenie eine nosologische Einheit dar, während die Pseudoneurasthenie ein Syndrom mit verschiedener Ätiologie ist. Trotzdem sind beide pathophysiologisch erklärt durch eine Veränderung der Dynamik der kortikalen Grundprozesse. (38)

2.3. Häufigkeit der Diagnose Neurasthenie

Nun möchte ich versuchen noch einige Zahlen zur Häufigkeit der N. aufzuzeigen:

Lobos untersucht 40 Personen in gestörten Ehen, wobei 14 Mal die Diagnose Erschöpfungsdepression gestellt wird, was der N. in ICD-8 entspricht. (41)

Bräutigam spricht von 2,3 % bis 4 % Neurasthenikern je nach Praxis. Dieselben Zahlen findet man in "Psychatrie der Gegenwart" Band II/1. (11)

Chatel und Peele beschließen ihre Arbeit mit dem Hinweis, daß in einem amerikanischen Krankenhaus in den letzten 114 Jahren bei 102 000 Einweisungen der Begriff N. weniger als 50 Mal benutzt wurde. (17)

3. Diagnoseschemata

Im folgenden soll versucht werden aufzuzeigen, wie diese verschiedenen Auffassungen sich in der Herstellung von Diagnoseschemata widerspiegeln; und zwar anhand der Entwicklungen in den USA, der BRD und bei der Herstellung des "International Classification of Diseases" (ICD) in der World Health Organisation (WHO). Doch zuvor einige Bemerkungen zur Nosologie in der Psychiatrie allgemein.

3.1 Nosologie in der Psychiatrie

Für eine nosologisch definierte Krankheit müßte man Übereinstimmung in Ätiologie, Pathogenese und Symptomatik fordern. Das ist in der Psychiatrie nicht möglich; und zwar einerseits wegen des ungenügenden Wissenstandes, zum anderen da man heute allgemein von einer mehrdimensionalen Psychiatrie (Medizin) sprechen muß.

Das bedeutet, daß ein Syndrom von verschiedenen einzelnen Ursachen abhängen kann, bzw. von mehreren, die zusammenwirken. Dabei kann eine organische Ursache ein psychisches Krankheitsbild hervorrufen und auch umgekehrt. Im konkreten Fall wird es aber oft so sein, daß sich Soma und Psyche unzertrennbar durchdringen; und zwar in Ursache und Erscheinungsbild.

Trotzdem unterscheidet die Psychiatrie nach wie vor Endogen, Organisch und Psychoreaktiv, was genetischen, organischen und psychischen bzw. sozialen Ursachen entsprechen soll. Genauso schwierig ist aber die Einteilung in der Psychiatrie nach deskriptiven Gesichtspunkten. Im allgemeinen wird man eine Diagnose nicht auf Grund weniger Leitsymptome stellen, sondern wegen verschiedener Akzentuierung sehr ähnlicher Syndrome.

Trotz der großen Schwierigkeiten ist es aber für internationale Forschungen und Statistiken nötig, solch eine Klassifikation von Diagnosen herzustellen, wie sie in der ICD vorliegt. Natürlich ist das immer ein Kompromiß und eben eine Klassifikation von Krankheiten und nicht von Patienten.

Deshalb kann eine solche Klassifikation dem einzelnen Patienten kaum gerecht werden, obwohl man trotzdem immer wieder von neuem die Angleichung des Systems an den individuellen Krankheitsfall fordern muß - und nicht umgekehrt. Wie hat sich nun der Begriff der N. in solchen Klassifikationen der letzten Zeit dargestellt?

3.2 Neurasthenie in Diagnoseschemata der USA

Die American Psychiatric Assiciation (APA) hatte in ihrer Klassifikation N. als nosologische Krankheitseinheit, veröffentlicht in American

Medical Association's "Standard Nomenclature of Diseases and Operations" 4th ed.. Dem entspricht der Statistical Guide of New York State von 1943. Hier ist N. als psychophysiologische Erkrankung unter den Neurosen aufgeführt. (12, 54)

Im Diagnostic and Statistical Manual I (DSM I) der APA von 1952 findet sich N. nur als physiologische (asthenische) Reaktion des Nervensystems unter "Psychophysiologic autonomic and visceral Disorders". (1)
Die Psychophysiologischen Erkrankungen rechnete man zu den Psychoneurosen bzw. Neurosen, behielt sie aber als selbständige Krankheitseinheit bei. Dies wurde auch von europäischen Kollegen unterstützt. (12)

DSM II nimmt nun 1968 die N. unter den Neurosen wieder auf, hauptsächlich um diese Klassifikation im Einklang mit der ICD zu bringen. Offensichtlich war man aber über diese "Rückkehr" der N. nicht überall erfreut (s.u.). (2)

3.3. Neurasthenie in Diagnoseschemata der BRD

In der BRD gab es 1966 einen Vorschlag zur 8. Revision des Kapitels V der ICD der WHO, welches die Psychiatrischen Krankheiten umfaßt. Dieser war klassisch eingeteilt in Neurosen, Psychosen und organische Psychosyndrome. Dabei könnte man die N. unter o2o "Vegetative, Neurotische und Psychosomatische Störungen" einteilen. Allerdings wird die N. nicht aus-

drücklich erwähnt, denn die Einteilung ist sehr allgemein gehalten. (30)

Auf dem 6. Seminar zur 8. Revision der ICD sind diese Vorschläge allerdings wenig beachtet worden. Trotzdem hat man in der BRD dann diesen Vorschlag der WHO akzeptiert und übernommen.

Nach einer statistischen Überprüfung in der BRD an sechs Krankenhäusern und mit 5 630 Patienten kam man zu folgendem Ergebnis:
97 % der Patienten konnten mit drei und weniger Diagnosen dieses Schemas klassifiziert werden. In 89 % der Fälle war damit eine ausreichende und befriedigende Einteilung möglich. Aufgrund dieses Ergebnisses wurde die 8. Revision ebenso wie die 6. und 7. Rev. übernommen und für günstig befunden. (10, 42)

Speziell zur N. heißt es in "Psychiatrie der Gegenwart": N. ist ein hystorischer Begriff, der kaum noch verwandt wird. Bei diesem Syndrom ist zu prüfen, ob nicht eine Grunderkrankung vorliegt. Als Möglichkeiten werden angegeben:
Einfache Reaktion auf Konflikte (s.u. 307.0); psychoneurotische Störung mit Erschöpfungssyndrom (s. Bräutigam); somatische Manifestation einer Neurose; vegetative Störungen und psychosomatische Erkrankungen; Psychopathie; Symptom einer larvierten endogenen Depression; Mischbild

mit mehreren ätiologischen Faktoren. (53)

Allenfalls gibt es noch asthenische Entwicklungen, hauptsächlich im 3. Lebensjahrzehnt und in der 1. Hälfte des 4. Lebensjahrzehnts. Diese kommen in der forcierten Auseinandersetzung mit der Leistungswelt in einer "selbstwidersprochenen Anstrengung" zum Ausdruck. Eine spontane Restitution ist nicht selten. (49)

3.4 Neurasthenie in Diagnoseschemata der WHO

In den USA und in der BRD taucht die N. in den Diagnoseschemata auf, da eine Angleichung an die "International Classification of Diseases" 8th Rev. (ICD-8) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vollzogen wurde. Deshalb einige Bemerkungen zur ICD-8:

Chatel und Peele schreiben: Auf einem Treffen der WHO zur 8. Rev. des Kapitels V "Psychische Krankheiten" der ICD im September 1963 in Genf verstanden die einzelnen Vertreter ihrer Länder N. wie folgt:
USA und UK verstanden N. als physische Krankheit des Nervensystems mit vermutlich psychogenem Ursprung und empfahlen Asthenische Persönlichkeit zu benutzen. Australien und die BRD hatten N. nicht speziell in ihren Vorschlag aufgenommen. Dagegen empfahlen den Gebrauch der N. als nosologischen Begriff UdSSR, CSSR,

Frankreich, Norwegen und Polen. Ohne große Diskussion wurde N. unter den Neurosen aufgenommen. Offensichtlich scheint dies einen Kompromiß darzustellen, der aber anscheinend keine großen Schwierigkeiten bereitet hat. (17, Anm. b)

Helmchen u.a. berichten vom Sixth WHO seminar on psychiatric diagnosis, classification and statistics, vom 2. bis 8.12.1970 in Basel. Es war ein Treffen von Psychiatern aus 35 Ländern. Unter anderem wurde folgendes diskutiert:

Die ICD-Nr. 307.0 "vorübergehende psychische Auffälligkeiten nach Streß" muß weiter unterteilt werden, wie schon bei anderen Kategorien geschehen. Diese Diagnose wurde oft bei Aufnahmen und in Beratungsstellen benutzt und hat so an Wichtigkeit zugenommen.

Weiter bereitet die Abgrenzung von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen große Schwierigkeiten. Es wurde gefordert, daß die Möglichkeit einer Doppeldiagnose gegeben sein soll.
Auch in der Abgrenzung von psychosomatischen Reaktionen und Konversionen war keine Übereinstimmung herzustellen. Allgemein wurde über

Anmerkung b

(Nach persönlichem Kontakt von Chatel und Peele mit M. Kramer im August 1969)

die unsystematische Vermischung von Syndromen, Ätiologie und Nosologie vor allem im Kapitel V "Psychische Krankheiten" geklagt.

Einen Ausweg bietet vielleicht ein mehraxiales System,in dem diese Kategorien unterschieden werden. Als Beispiel wird auf die Kinderpsychiatrie hingewiesen, wo man unterscheidet:
Klinisch Psychiatrisches Syndrom, Intelligenzniveau, zugehörige oder ätiologische Faktoren, gegebenenfalls psycho-soziale Achse.

Weiter wurde empfohlen die Ausbildung in der Handhabung der ICD zu forcieren und auch Medizinstudenten einzubeziehen. Nur dadurch und durch ein zusätzliches Glossar sei ein einheitlicher Gebrauch und vergleichbare Statistiken möglich. Speziell zur N. wird nichts erwähnt.

Dr. Mombour schreibt dazu in persönlicher Korrespondenz:
"Es ist ein erheblicher Fortschritt, daß man sich als Kompromiß auf eine einheitliche Sprachregelung im Diagnose-Schema geeinigt hat, wie das die ICD darstellt. Hier geht es nicht um Richtigkeit oder Wahrheit in einem philosophischen oder wissenschaftlichen Sinne, sondern lediglich um einen aus praktischer Notwendigkeit geschlossenen Kompromiß....
Auf diesem ganzen Hintergrund muß auch der Begriff Neurasthenie gesehen werden. Im psychiatrischen Schrifttum wird Neurasthenie

meist als Syndrom gebraucht mit ganz unterschiedlicher Ätiologie... teils aber auch als nosologische Einheit. Die ICD (und auch die DSM II) verwendet diesmal den Begriff als eine spezielle Neurosenform, die besonders durch die neurasthenische Symptomatik charakterisiert ist. Die ICD ist eine Liste von nosologischen Gruppen, nicht von Syndromen. Das schließt aber nicht aus, daß man ein neurathenisches Syndrom auch bei anderen nosologischen Einheiten diagnostizieren kann, ..." (44)

Dr. Jablensky schreibt dazu dasselbe:
"The reason for including neurasthenia under the neuroses is simply that many psychiatrists think it is a neurosis, although many others see it as a diagnostically non-specific cluster of symptoms." (35)

Zü bemerken bleibt noch, daß in der 9. Rev., die vorbereitet wird, die Klassifikaton der Neurosen unverändert bleiben soll. (36)

4. Schlußfolgerungen

4.1 Bedeutung der Neurasthenie in verschiedenen Ländern

Wie man an dem Aufsatz von Chatel und Peele und der Diskutanten sehen kann, ist die amerikanische Haltung zur N. sehr ablehnend. Die "Rückkehr" war nicht erwünscht, sondern nur durch die internationale Angleichung der Diagnoseschemata hervorgerufen. So schließen Chatel und Peele damit, daß der klinische Gebrauch des Begriffs N. vor 100 Jahren begann und in einigen europäischen Ländern wie Frankreich und Rußland noch besteht, in den USA aber obsolet geworden ist. Die Wiederbelebung in der Nomenklatur hat auch kein neues Interesse gebracht. (17)

Chrzanowski meint, daß die N. ein bedeutungsloses Konzept ist, das sogar die Tür zu einem kommunikativen und therapeutischen Weiterkommen schließt. (20)

Mora würdigt sehr die geschichtliche Bedeutung des Begriffs, der viele neue Erkenntnisse gebracht hat, ähnlich der Hysterie in Europa, hält N. heute aber ebenfalls für überholt. (45)

Man muß sich hier ernstlich fragen, ob N. nicht wirklich "the garbage can of medicine" geworden ist.

In Frankreich und Rußland, wo das Konzept der N. noch am meisten vertreten wird, scheint mir ein vor allem somatisch orientiertes Verständnis vorzuliegen. In der russischen Literatur gibt es viele Arbeiten, die versuchen neurasthenische Phänomene mit physiologischen Meßdaten zu korrelieren. In Frankreich hat die Streßtheorie nach Selye eine große Bedeutung für die N..

In den deutschen Lehrbüchern wird N. hauptsächlich als Vegetatives Erschöpfungssyndrom verstanden. Darin steckt einmal die traditionelle somatische Auffassung des Energieverlustes, des Leerwerdens.

Andererseits schenkt man aber auch der psychisch-neurotischen Komponente große Beachtung, wenn man darauf hinweist, daß diese Erschöpfung im allgemeinen nur zu Tage tritt, wenn gleichzeitig auch eine unbewältigte Konfliktsituation vorliegt. Unbeantwortet bleibt dabei die Frage, wie diese Konfliktsituation entsteht; ob sie psychoanalytisch zu erklären ist oder ob eher soziokulturelle bzw. soziale Faktoren eine Rolle spielen. Allerdings scheint klar zu sein,

daß diese Konfliktsituation nicht aus dem Streß entsteht, sondern daß die Belastung erst als Streß wirkt, weil schon eine Konfliktsituation vorliegt.

4.2 zur Nomenklatur der Neurasthenie

Beard faßte N. als physische Erkrankung auf und sprach bei einer psychischen Ätiologie von Pseudoneurasthenie. Dies erscheint bei einer wörtlichen Übersetzung, "Nervenschwäche", durchaus gerechtfertigt und wird auch von dem Bleulerschen Lehrbuch und vom "Pschyrembel" übernommen. (9, 50) Der heutige Sprachgebrauch ist aber gerade umgekehrt. Bei einer nachgewiesenen somatischen Grundkrankheit und bei Schizophrenie mit neurasthenischen Symptomen spricht man von Pseudoneurasthenie, bei der psychischen Genese heißt es heute N.. (21)

Die Psychasthenie nach Janet wird heute meist synonym mit N. gebraucht, außer in Frankreich; in der ICD ist sie noch getrennt unter 300.8 aufgeführt.

In der Literatur stellt die N. ein deskriptives, unklares und nicht scharf begrenztes Syndrom dar. Es fungiert, wenn überhaupt noch benutzt, als Verlegenheitsdiagnose - die ja keine nosologische Einordnung ist - und sollte dann nicht benutzt werden, nur weil die Tradition es verlangt,

sondern sollte zu weiteren diagnostischen Schritten auffordern.

4.3 zur Einordnung der Neurasthenie in der ICD

Die Frage wie welche psychischen Erscheinungen mit welchen physiologischen Erscheinungen korrelieren ist von großem wissenschaftlichen Interesse. Von größerer klinischer Bedeutung ist aber welche Ätiologie im Vordergrund steht bzw. wie die Krankheit therapeutisch angehbar ist - besser wie dem betroffenen Patienten geholfen werden kann. Dabei bleibt unbestritten, daß psychische und physische Phänomene wirksam sind und beide bei den therapeutischen Bemühungen nicht aus den Augen verloren werden dürfen, auch wenn der eine oder andere Aspekt stärker betont wird.

4.3.1 unter 307 "Streßreaktionen"

Steht bei der N. die Erschöpfungsreaktion infolge von Streß im Vordergrund, so ist zu überlegen, ob nicht eine Einordnung unter 307 "Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeiten, die mit situativen Belastungen im Zusammenhang stehen" gerechtfertigt ist. Allerdings kann man neurasthenische Symptome kaum als kurzfristig bezeichnen, es sei denn man will den Gegensatz zur Asthenischen Persönlichkeit stärker betonen.

Andererseits soll gerade diese Kategorie neu überarbeitet und weiter unterteilt werden. Die Einordnung der N. an dieser Stelle wäre dann abhängig von den Gesichtspunkten, die sich dabei ergeben. (21, 31, 63)

4.3.2 unter 300.8 "Andere Neurosen"

Ist die N. als Neurose aufzufassen, deren Genese aber noch nicht näher geklärt ist und die nicht scharf abgegrenzt werden kann, dann sollte man die N. besser unter 300.8 "Andere Neurosen" einordnen. Dies ist mit der Psychasthenie, die weitgehend synonym benutzt wird, schon geschehen. (21)

4.3.3 unter 300.5 "Neurasthenie"

Eine Einordnung unter 300.5 als selbständige Neuroseform, wie es zur Zeit der Fall ist, erscheint nur gerechtfertigt, wenn auch die neurotische Genese geklärt bzw. psychonanalytisch aufgeklärt wird, so daß eine klare Abgrenzung und Definition zur klinischen Diagnosestellung möglich wird.

Bisher gibt es keine genauen spezifischen Hinweise zur Rechtfertigung der Einordnung der N. als nosologische Einheit unter den Neurosen. Zwar zeigen sich in den anfangs

angeführten Fällen merkwürdig larvierte neurotische Symptome, wie hypochondrische, narzißtische, depressive und zwanghafte Züge, aber eine Einordnung gelingt nicht, es sei denn als Mischneurose.

Die Frage,die psychonalytisch beantwortet werden muß, ist also ob N. von den anderen Neurosen und von Mischformen als eigenständige Neuroseform nosologisch abgrenzbar ist. (21)

4.3.4 Bemerkungen zu 301.6 "Asthenische Persönlichkeit"

Die Schwierigkeit der Abgrenzung der Persönlichkeitsstörungen von den Neurosen trifft auch besonders auf die N. zu. Die Bemerkungen im Glossar zu 301.6 "Asthenische Persönlichkeit" sind faktisch indentisch mit denen zur N..

Auch eine Unterscheidung aus einem chronischen Verlauf dürfte sehr schwer fallen, da die N. im allgemeinen rezidivierend auftritt. Nur wenn man spezifische Persönlichkeitsmerkmale finden könnte, wäre eine solche Unterscheidung gerechtfertigt. Vielleicht bringt auch hier die allgemein angeregte Diskussion neue Gesichtspunkte. (21, 31)

4.4 Schlußbemerkung

Das Problem der gleichzeitig psychisch und somatisch Kranken, das faktisch die ganze Medizin betrifft und über das Fach "Psychosomatik" weit hinausreicht, sollte die Medizin mehr als bisher beschäftigen. Ich glaube, daß es nur zu lösen ist, wenn man den Patienten - und nicht nur die Krankheit - in seinem ganzen persönlichen Lebenszusammenhang sieht, also in einer mehrdimensionalen Medizin. Eine weitere Frage ist dann, ob das dann von einem Einzelnen oder von einem Team zu bewältigen ist.

Ich bedanke mich recht herzlich für Ihre Hilfe bei Prof. Dr. Molinski und Dr. Dmoch und für die Durchsicht bei Frau Schallhorn.

April 1977, Guido Peltzer

Anhang: Die Formulierungen der verschiedenen Diagnoseschemata

Vorschlage zur 8. Rev. der ICD von der BRD (1966) (30)

010 Depressive Reaktionen
(Hier werden alle abnormen Erlebnisreaktionen, Neurosen, neurotische Reaktionen und Entwicklungen erfaßt, deren führendes Symptom die depressive Verstimmung ist.)

020 Vegetative, Neurotische und Psychosomatische Störungen
(Hierher gehören die Neurosen, abnorme Erlebnisreaktionen und Entwicklungen mit überwiegend körperlicher Manifestation, nicht aber die grob "hysterischen" Körperstörungen; diese werden unter 070 erfaßt.)

030 Zwangsneurose und Phobien

040 Sexuelle Perversionen

050 Alkoholismus (...)

060 andere Suchten

070 Neurosen, abnorme Reaktionen und Entwicklungen soweit nicht unter 010-060

080 psychopathische Persönlichkeiten
(... Doppelnennung möglich ...)

090 psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (...)

Deutsche Übersetzungen der ICD vom Statistischen Bundesamt Wiesbaden

6. Rev. 1948, deutsch 1950 (55)

Psychoneurotische Störungen anderer, gemischter und nicht näher bezeichneter Art

318.3	Schwächereaktion	Neurasthenie
	Nervöse	Psychogene
	Schwäche	Schwäche
	Erschöpfung	allgemeine Müdigkeit
	Entkräftung	

7. Rev. 1955, deutsch 1958 (56)

315 Psychogene Störungen des Kreislaufsystems

...

neurozirkulatorische Asthenie

Da Costa

vegetative Dystonie

...

318 Psychogene Störungen sonstiger, gemischter und nicht näher bezeichneter Art

Berufsneurose

Beschäftigungsneurose

Gewerbeneurose

Hypochondrie

Nervenzusammenbruch

Nystagmus der Bergleute

Persönlichkeitsschwund

Persönlichkeitsstörungen

Psychasthenie

Psychoneurose ohne nähere Angaben

Nervöse
Entkräftung
Erschöpfung
Schwäche
Neurasthenie
Neurose ohne nähere Angaben
Psychogene
Müdigkeit allgemein
Schwäche
sonstige gemischte psychoneurotische
Störungen

8. Rev. 1968 (57)

300.5 Neurasthenie
Asthenische Reaktion
Beard Krankheit
Syndrom
Ermüdungsneurose
Nervenschwäche
nervöse Erschöpfung
Neurasthenisches Syndrom
Psychasthenie

Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten
Stand Herbst 1974 (21)

300.5 Neurasthenie

Neurosen mit allgemeiner Schwäche, Reizbarkeit, Kopfweh, Depression, Schlaflosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Mangel der Fähigkeit Freude zu empfinden (Anhedonie). Sie können einer Infektionskrankheit oder einer Erschöpfung folgen oder aus einer anhaltenden emotionalen Störung hervorgehen.

Auszuschließen:

Depressive Neurose (300.4)
Angstneurose (300.0)
Psychosomatische Störungen (305)
Psychische Störungen, die den oben beschriebenen ähneln, jedoch mit körperlichen Krankheiten im Zusammenhang stehen (309)

Z Hirnlokales Psychosydrom (309)
Hyperästhetisch-emotioneller Schwächezustand (309)
Pseudoneurasthenische Symptomatik bei Schizophrenie (295)

Anmerkung:

Z: In der deutschen Übersetzung zusätzlich zur ICD hinzugefügt.

Dazugehöriger Begriff:

Nervous debility

300.8 Andere Neurosen

Neurotische Störungen, die woanders nicht eingeordnet werden können, z.B. Beschäftigungsneurose. Patienten mit gemischten Neurosen sollten nicht in dieser Kategorie klassifiziert werden, sondern entsprechend den am meisten im Vordergrund stehenden Symptomen.

Dazugehörige Begriffe:

Beschäftigungsneurose (einschließlich Schreibkrampf)
Psychasthenie
Psychasthenische Neurose

301.6 Asthenische Persönlichkeit

Eine Persönlichkeitsstörung, die durch passive Willfährigkeit gegenüber den Wünschen älterer und anderer Personanen charakterisiert ist und durch eine schwache, inadaequate Reaktion auf die Anforderungen des täglichen Lebens. Der Energiemangel kann sich intellektuell oder gefühlsmäßig zeigen. Die Fähigkeit sich zu freuen ist gering.

Auszuschließen:

Neurasthenie (300.5)

Dazugehörige Begriffe:

Passiv abhängige Persönlichkeit (passive personality, dependent personality)
Inadäquate Persönlichkeit

307 Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeiten, die mit situativen Belastungen im Zusammenhang stehen

Vorübergehende Störungen jeder Art und Stärke, die bei Personen auftreten, die vorher unter keinen auffälligen psychischen Störungen litten. Diese Störungen sind als Antwort auf eine Situation mit außergewöhnlichem körperlichen oder seelischen Streß aufzufassen und neigen im allgemeinen dazu, innerhalb von Stunden oder Tagen zu verschwinden.

Auszuschließen:

Anpassungsstörungen in der Kindheit (308.4)

Dazugehörige Begriffe:

Abnorme Erlebnisreaktion der Adolszenz
Abnorme Erlebnisreaktion des Erwachsenen
Suizidversuch als Reaktion auf Streß
Erschöpfungszustand (Exhaustion delirium)

Combat fatgue (Kriegszitterer etc.)
Ganser-Syndrom (außer wenn es zu einer identifizierbaren Psychose oder Neurose gehört, z.B. hysterische Neurose (300.1)
Abnorme Reaktion auf Streß
Vorübergehende Reaktion auf erheblichen Streß

Klinisches Wörterbuch "Pschyrembel" (1976) (50)

Nervenschwäche: s. Neurasthenie (Beard, 1879): Besser: neurasthenisches Syndrom. Definiert durch das Nebeneinander von pathologischer Erregbarkeit der psychischen Funktionen und pathologischer Erschöpfbarkeit. Vork.: Nach längerem Schlafentzug, bei chron. Intoxikationen, beginnender Paralyse und Depression, gelegentlich bei Schizophrenie. Daneben gibt es das pseudoneurasthenische Syndrom; dieses ist Ausdruck einer neurotischen Symptomatik. Bei beiden Formen bestehen Zeichen der Vegetativen Dystonie (z.B. verschiedene Organschmerzen, Schweißneigung, Schlafstörung, Zittern, Verdauungs- und Potenzstörungen, Angst u.a.) Psychisch: meist subdepressiv bis dysphorisch, gelegentlich paranoide Züge, affektlabil bis affektinkontinent.

Anmerkung c:

Eine gute kurze Darstellung der N. findet sich im Lexikon der Psychiatrie von C. Müller (46)

Statistical Guide, New York, 1943 (54)

Psychasthenia or compulsive states

Under this heading are to be classified those cases showing predominantly obsessions, compulsive tics and spasma, and phobias; examples of frequent symptoms are given in the classification for guidance in differentiation.

002-x30 Neurasthenia

To be designated under this heading are those cases in whom organic disease is ruled out and who complain of motor and mental fatigability, diminished power of concentration and pressure in the head, scalp, neck or spine. Early dementia praecox or mild depressions of the manic-depressive type not infrequently have to be considered in the diffential diagnosis.

DSM I 1952 (1)

009-580 Psychophysiologic nervous system reaction

This category includes psychophysiologic asthenic reaction, in which general fatigue is the predominating complaint. There may be associated visceral complaints. The term includes many cases formerly called "neurasthenia." In some instances, an asthenic reaction may represent a conversion reaction; if so, it will be so classified, with asthenia as a manifestation. In other instances it may be a manifestation of anxiety reaction and should be recorded as such.

Also included in this category are convulsive disorders not otherwise classifiable in which emotional factors play a causative role. Differentiation must be made from the convulsions of conversion reaction.

DSM II 1968 (2)

300.5 Neurasthenic neurosis (Neurasthenia)

This condition is characterized by complaints of chronic weakness, easy fatigability, and sometimes exhaustion. Unlike hysterical neurosis the patient's complaints are genuinely distressing to him and there is no evidence of secondary gain. It differs from Anxiety neurosis (q.v.) and from the Psychophysiologic disorders (q.v.) in the nature of the predominant complaint. It differs from Depressive neurosis (q.v.) in the moderateness of the depression and in the chronicity of its course. (In DSM-I this condition was called "Psychophysiologic nervous system reaction.")

Anmerkung d:

Der Wechsel der Auffassung der Neurasthenie von DSM I zu DSM II spiegelt sich auch gut in dem Unterschied der 6. und 7. Auflage des Buches von Noyes und Kolb "Modern Clinical Psychiatry" wider. (zit. nach Chatel und Peele, 17, 39, 48)

"International Glossary of Mental Disorders"
entsprechend ICD-8, Kapitel V, WHO, 1974
(35,62, 64)

300.5 Neurasthenia

Includes a neurosis characterized by fatigue, irritability, headache, depression, insomnia, difficulty in concentration, and lack of capacity for enjoyment (anhedonia). It may follow an infection or exhaustion, or arise from continued emotional stress.

Excludes despressive neurosis (300.4); anxiety neurosis (300.0); physical disorders of presumably psychogenic origin (305); mental disorders similar to that defined above associated with physical conditions (309).

Inclusion term

Nervous debility

Zusammenfassung

Neurasthenie (N.), zu deutsch Nervenschwäche, Leitsymptom "reizbare Schwäche", ist ein Konzept mit hundertjähriger, wechselvoller Geschichte. Bis heute konnte keine einheitliche Erklärung oder Definition gegeben werden.
Die nosologische Einordnung in der ICD-8 ist problematisch. Stellt es sich als Erschöpfungsreaktion unter Streß heraus, dann gehört N. in die Kategorie 307.
Bleibt N. ein unklares deskriptives Syndrom im Bereich der Neurosen, dann ist es besser wie Psychasthenie (Synonym) unter 300.8 "Andere Neurosen" einzuordnen.
An der jetzigen Stelle als selbständige Neurose 300.5 ist N. nur haltbar, wenn eine psychodynamische nosologische Einordnung unter (z.B.) psychoanalytischen Gesichtspunkten gelingt.

Literaturangaben

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1st ed. Washington, D.C., 1952

2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed. Washington, D.C., 1968

3. BEARD, G.M.: Neurasthenia, or Nervous Exhaustion. Boston Medical Surgical Journal 3: 217-220, 1869

4. BEARD, G.M.: A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). New York, William Ward & Co., 1880

5. BEARD, G.M.: American Nervousness, Its Causes and Consequences. New York, G.P. Putman's Sons, 1881

6. BEARD, G.M.: Sexual Neurasthenia. 6th ed. ed. by A.D. Rockwell. New York, E.B. Trend & Co. 1900

7. BILZ, R.: The overfatigue panic reaktion. Med. Welt, 39: 2099-2102, 41: 2211-2218, 1964

8. BIRAN, S.: Über den Bildungsweg der Psychosomatischen Erkrankungen. Psychiatr. Neurol. Neurochir., 70: 39-57, 1967

9. BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin-Heidelberg-New York, Springer, 1975, hrsg. von Bleuler, M.

10. BOCHNIK, H.J., HELMCHEN, H., HIPPIUS, H., KNÜPPEL, H., KULENKAMPFF, C., LAUTER, H., MEYER, J.E., MÜLLER, H.W., WIESER, S., WINKLER, W.T.: Zur Brauchbarkeit der psychiatrischen Diagnosen der WHO-Klassifikation. Nervenarzt 41: 42-44, 1970

11. BRÄUTIGAM, W.: Reaktionen, Neurosen, Psychopathien. Stuttgart, Thieme, 1968

12. BRILL, H.: persönlicher Kontakt. Brief vom 23.2.1976

13. BROWN, J.: Elementa Medicina, zit. in Zilborg & Henry: A History of medical Psychology. Norton, New York, 1941

14. BRUN, N.: Die Pathogenese der neurasthenischen Syndrome. Schweiz. med. Wochenschr. 72: 1089, 1942

15. BRUN, N.: Allgemeine Neurosenlehre, Schwabe, Zürich, 1946

16. CARP, E.A.D.E.: Der Griff im psychologisch-verstehenden Weltbild. Der neurasthenische, der melancholische, der manische Mensch. ACTA Psychother. (Basel), 10: 193-205, 1962

17. CHATEL, J.C., PEELE, R.: A centennial review of Neurasthenia. Am. J. Psychiatry, 126: 1404-1413, 1970

18. CHATEL, J.C., PEELE, R.: The concept of Neurasthenia. Int. J. Psychiatry, 9: 36-49, 1970-71

19. CHATEL, J.C., PEELE, R.: The concept of Neurasthenia, Reply to Discussants. Int. J. Psychiatry, 9: 61, 1970-71

20. CHRZANOWSKI, G.: An Obsolet Diagnosis. Int. J. Psychiatry, 9: 54-56, 1970-71

21. DEGWITZ, R., HELMCHEN., H., KOCKOTT, G., MOMBOUR, W., hrsg.: Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der WHO (ICD), 8. Rev., und des internationalen Glossars, WHO, public, No. 8921, Geneva 1974, Berlin-Heidelberg-New York, Springer, 4. Aufl., 1975

22. EY , H., BERNARD, P., BRISSET, CH.: Manuel de Psychiatrie Masson & Cie., Paris, 1974

23. FENICHEL, O.: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York, W.W. Norton & Co., 1945

24. FERRARO, A.: A nosologic position of Neurasthenia in Psychiatry. J. nerv. ment. Diss. 119: 299-314, 1954 bzw.: Riv. Di. Patholog. Nerve Ment., 73,3: 661-75, 1952

25. FREEDMAN, K. (hrsg.): Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimore, 1967

26. FREUD, S.: Frühe Schriften zur Neurosenlehre 1892-1899. Gesammelte Werke Bd. 1, Internationaler Psychoanalytische Verlag, Wien, 1925

27. GANS, M.: Migraine as a form of Neurasthenia. J. Nerv. Ment. Diss., 113,4: 315-331, 1951

28. Gegenstandskatalog für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (GK 3). Mainz, 1974

29. HELCHEN, H.: Mitteilungen der Kommission für Klassifikation und Diagnosenschema.
Nervenarzt, 41: 50-52, 1970a
Nervenarzt, 41: 614, 1970b
Nervenarzt, 42: 392, 1971

30. HELMCHEN, H., u.a.: Vorschlag der BRD zur 8. Rev. der ICD, Kap. V. Nervenarzt, 37: 115-118, 1966

31. HELMCHEN, H., KIELHOLZ, P., BROOKE, E., SARTORIUS, N.: Zur Klassifikation neurotischer und psychosomatischer Störungen. Nervenarzt, 44: 292-299, 1973

32. HIDDEMANNS, F., u.a.: Correlations between EEG and clinical findings in Psychiatry. Psychiat. Neurol. Neurochir., 67: 39-45, 1964

33. HOPPE, C.: Katamnestische Untersuchungen zum Problem der sogenannten Managerkrankheit. Psychiatrie Neurol. Med. Psychol., 13: 23-28, 1961

34. HUBER, G.: Psychiatrie, Schattauer, Stuttgart, 1974

35. JABLENSKY, A.: persönlicher Kontakt. Brief vom 16.3.1976

36. JABLENSKY, A.: persönlicher Kontakt. Brief vom 12.5.1976

37. JANET, R.: Les Obessions et la Psychasthenie. Felix Alcan, Ancienne Librairie Germer Bailliere et Cie., Paris, 1903

38. KLIMKOVÁ-DEUTSCHOVÁ, E., MACEK, Z.: Neurasthenie und Pseudoneurasthenie. Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1959, (Original: Prag, 1956)

39. KOLB, L.C.: Noyeś Modern Clinical Psychiatry. 7. ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1968

40. LIENTAUD: zitiert nach Zilborg & Henry: A History of Medical Psychology. Norton, New York, 1941

41. LOBOS, R.: Gestörte Ehen aus sozialpsychiatrischer Sicht. Schweiz. Achr. Neurol. Neurochir. Psychiatrie, 109: 387-397, 1971

42. MEYER, A.E.: Klassifikation von Neurotisch-Kranken in: Psychiatrie der Gegenwart. hrsg. v. KISKER, K.P., MEYER, J.E., MÜLLER, M., STRÖMGREN, E.: Bd. II/1, s. 671, Berlin-Heidelberg-New York, Springer, 1972

43. MOMBOUR, W.: Klassifikation, Patientenstatistik, Register. in: Psychiatrie der Gegenwart. hrsg. v. KISKER, K.P., MEYER, J.E., MÜLLER, M., STRÖMGREN, E.: Bd. III, 2. Aufl., Berlin-Heidelberg-New York, Springer 1975

44. MOMBOUR, W.: persönlicher Kontakt. Brief vom 25.2.1976

45. MORA, G.: Antecedent to neurosis. Int. J. Psychiatry, 9: 57-60, 1970-71

46. MÜLLER, C.: Lexikon der Psychiatrie.
Berlin-Heidelberg-New York, Springer, 1973

47. MÜLLER-HEGEMANN, D.: Neurologie und Psychiatrie.
VEB Berlin, 1966

48. NOYES, A.P., KOLB, L.C.: Modern Clinical Psychiatry.
6. ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1968

49. PAULIKHOFF, B., MESTER, H.: Abnorme Reaktionen
und Entwicklungen. in: Psychiatrie der Gegenwart.
hrsg. v. KISKER, K.P., MEYER, J.E., MÜLLER, M.,
STRÖMGREN, E.: Bd. II/1, s. 5[illegible]2, Berlin-Heidelberg-
New York, Springer, 1972

50. PSCHYREMBEL, W.: Klinisches Wörterbuch. 252. Aufl.,
de Gruyter, Berlin-New York, 1976

51. SCHIØDT, E.: Syptomatology of Neurasthenia.
ACTA med. Scand., Supp. No. 239, 292-293, 1950

52. SCHULTE, W., TÖLLE, R.: Psychiatrie.
Berlin-Heidelberg- New York, Springer, 1975

53. SCHWIDDER, W.: Klinik der Neurosen. in:
Psychiatrie der Gegenwart. hrsg. v. KISKER, K.,
MEYER, J.E., MÜLLER, M., STRÖMGRENE.: Bd. II/1,
s. 4[illegible], Berlin-Heidelberg-New York, Springer, 1972

54. STATE OF NEW YORK, DEPARTMENT OF MENTAL HYGIENE:
Statistical Guide. 12th, Utica, State Hospitals
Press, 1943

55. STATISTISCHES BUNDESAMT WIESBADEN (hrsg.):
Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD).
Stuttgart-Mainz, 6. Rev., 1950

56. STATISTISCHES BUNDESAMT WIESBADEN (hrsg.):
Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD).
Stuttgart-Mainz, 7. Rev., 1958

57. STATISTISCHES BUNDESAMT WIESBADEN (hrsg.):
Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD).
Stuttgart-Mainz, 8. Rev., 1968

58. STROTZKA, H.: Der Begriff der Erschöpfung vom
psychotherapeutischen Standpunkt.
Z. Ärztl. Fortbild. Berlin, 54: 472-478, 1965

59. SULLIVAN, H.S.: Conceptions of modern Psychiatry.
Bd. I, Collected Works, W.W. Norton & Co., New York,
1953

60. THIELE, W.: Das psycho-vegetative Syndrom.
Natur und Behandlung. Med. Welt, 1: 9-14, 1966

61. TONGE, W.L.: The Neurasthenic Psychopath. Brit. M. J. No. 4921, s. 1066-1068, 1955

62. WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO): International classification of diseases (ICD). 8. Rev., Part V, Mental Disorders, Genf, WHO (ohne Jahresangabe)

63. WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO): Sixth WHO seminar on psychiatric diagnosis, classification and statistics. Basel, 1970 Report, Offsetdruck MH/71.7, Genf, WHO, 1971

64. WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO): International Glossary of Mental Disorders. WHO publication No. 8921, Geneva, 1974

Inhaltsverzeichnis Seite

1.	Einleitung	1
1.1	Vorbemerkungen	1
1.2	zwei Fallbeispiele	1
1.3	Fragestellung	4
2.	Geschichtliches	5
2.1	verschiedene theoretische Auffassungen	5
2.1.1	der geschichtliche Beginn	5
2.1.2	physiologische Auffassungen	7
2.1.3	psycho-physiologische Auffassungen	9
2.1.4	neurotische Auffassungen	14
2.1.5	Neurasthenie als Erschöpfungsreaktion	16
2.1.6	Neurasthenie als Streßreaktion	18
2.1.7	soziale Auffassung	20
2.1.8	konstitutionelle Auffassung	21
2.2	eine klinische Untersuchung	21
2.3	Häufigkeit der Diagnose Neurasthenie	24
3.	Diagnoseschemata	26
3.1	Nosologie in der Psychiatrie	26
3.2	Neurasthenie in Diagnoseschemata der USA	27
3.3	Neurasthenie in Diagnoseschemata der BRD	28
3.4	Neurasthenie in Diagnoseschemata der WHO	30
4.	Schlußfolgerungen	34
4.1	Bedeutung der Neurasthenie in verschiedenen Ländern	34
4.2	zur Nomenklatur der Neurasthenie	36
4.3	zur Einordnung der Neurasthenie in der ICD	37
4.3.1	unter 307 "Streßreaktionen"	37
4.3.2	unter 300.8 "Andere Neurosen"	38
4.3.3	unter 300.5 "Neurasthenie"	38
4.3.4	Bemerkungen zu 301.6 "Asthenische Persönlichkeit"	39
4.4	Schlußbemerkung	40
Anhang:	Die Formulierungen der verschiedenen Diagnoseschemata	41
Zusammenfassung		51
Literaturangaben		

L e b e n s l a u f

Name, Vorname:	Peltzer, Guido
geboren:	2.4.1953
Geburtsort:	St. Tönis
Vater:	Dr. Peltzer, Wilhelm, Tierarzt
Mutter:	Peltzer Marianne, geb. Kuller, Hausfrau
Schulbesuche:	ab 9.4.1959 Kath. Volksschule St. Tönis
	ab 19.2.1963 Staatl. Gymnasium Thomaeum Kempen
Abitur:	am 2.6.1971 Staatl. Gymnasium Thomaeum, Kempen
Studium:	ab 13.10.1971 Medizinstudium an der Universität Düsseldorf
	14.7.1972 Naturwissenschaftliche Vorprüfung
	12.3.1974 Ärztliche Vorprüfung
	25.3.1975 1. Abschnitt der ärztlichen Prüfung
	31.3.1977 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung

Düsseldorf, den 11.11.77 Guido Peltzer